FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Roger SANS**

Ancien Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Rouen
Médaille d'Argent (1910)
Médaille d'Or (1912)

# Du Développement asynchrone des seins à la puberté et des erreurs de diagnostic causées par cette anomalie

*Président :* M. A. BROCA, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
—
1918

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

## PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | DESGREZ |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | TEISSIER<br>N... |
| Pathologie chirurgicale | LEJARS |
| Anatomie pathologique | LETULLE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | N. |
| Anatomie topographique | Auguste BROCA |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | P. CARNOT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | N. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | N. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Bactériologie | BEZANÇON |
| Clinique médicale | GILBERT<br>DEBOVE<br>CHAUFFARD<br>WIDAL |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | DUPRÉ |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | N. |
| Clinique des maladies du système nerveux | Pierre MARIE |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>HARTMANN<br>N. |
| Clinique ophtalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>COUVELAIRE<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | N. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |
| Hygiène et clinique de la 1re enfance | MARFAN |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | GUILLAIN | LOEPER | ROUVIERE |
| BERNARD | JEANNIN | MAILLARD | SCHWARTZ (A.) |
| BRANCA | JOUSSET (A.) | MOCQUOT | SICARD |
| BRUMPT | LABBÉ (H.) | MULON | TANON |
| CAMUS | LAIGNEL-LAVASTINE | NICLOUX | TERRIEN |
| CASTAIGNE | LANGLOIS | NOBECOURT | TIFFENEAU |
| CHAMPY | LECENE | OKINCZYC | VILLARET |
| CHEVASSU | LEMIERRE | OMBREDANNE | ZIMMERN |
| DESMAREST | LENORMANT | RATHERY | |
| GOUGEROT | LEQUEUX | RIBIERRE | |
| GREGOIRE | LEREBOULLET | RICHAUD | |
| GUENIOT | LEGRY | ROUSSY | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A Monsieur le docteur A. BROCA

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.*

A Monsieur le docteur RIGOLLET

Médecin-inspecteur des troupes coloniales

*Respectueux hommage.*

# AVANT-PROPOS

Au moment où, après une si longue interruption, nous nous disposons à terminer nos études médicales, il nous reste un devoir à remplir : c'est celui de remercier tous ceux qui, par leur enseignement et leur bienveillance à notre égard, nous ont facilité notre tâche.

Depuis plusieurs années, nous avons dû suspendre nos travaux et quitter les hôpitaux ; malgré cela, jamais nous n'avons oublié ceux qui furent nos maîtres. Tous les Professeurs de l'Ecole de Médecine de Rouen, ont contribué, chacun pour leur part, à perfectionner notre instruction ; mais notre souvenir s'adresse plus particulièrement aux docteurs Devé, Halipré et Hébert, médecins de l'Hospice général, et aux docteurs Fortin et Bataille, dans le service desquels nous fûmes attaché, comme Externe ou Interne. Qu'ils veuillent bien recevoir ici, avec nos regrets de n'avoir pu davantage profiter de leurs leçons, le témoignage bien sincère de notre profonde reconnaissance. Le docteur Salles, fut pour nous un maître et un ami ; nous nous souviendrons toujours de la cordialité de ses leçons durant les mois d'Internat passés

auprès de lui. Le docteur Jeanne a droit à notre gratitude pour son parfait enseignement chirurgical ; il a bien voulu, de plus, pour la rédaction de cette thèse, nous aider de ses précieux conseils.

Plus récemment, au régiment, puis aux armées, nous avons été, de la part de nos différents chefs de service, l'objet d'une extrême bienveillance. Mais nulle part, certainement, nous n'avons rencontré un accueil aussi sympathique, une cordialité aussi parfaite, qu'au milieu des troupes coloniales, parmi lesquelles nous sommes heureux de servir, depuis le début de la campagne.

Et pour terminer, nous remercions bien vivement notre camarade d'études, le docteur William Carpentier qui nous inspira ce travail, et qui, grâce à ses recherches minutieuses, nous permit de l'achever.

# Du développement asynchrone

## des seins à la puberté

et des erreurs de diagnostic causées par cette anomalie

---

### INTRODUCTION

La publication de deux observations minutieusement prises, la discussion serrée des faits qu'elles contiennent, et leur utilité dans le diagnostic des affections de la mamelle, nous ont paru fournir la matière suffisante à l'élaboration de notre thèse inaugurale. Cette tâche nous avait semblé fort aisée de prime abord, mais nous nous sommes vite aperçu que, si les sujets nouveaux sont courts, ils sont difficiles à mettre sur pied. N'ayant pas de bibliographie à consulter, on a peine à trouver le fil d'Ariane qui, patiemment suivi, conduit jusqu'aux conclusions.

Qu'on nous pardonne alors de n'avoir pas adopté le plan habituel des thèses classiques; qu'on ne s'étonne pas de ne voir figurer aucun historique; qu'on nous excuse de n'apporter à la science que trois observations dont une, malheureusement est incomplète, de par la négligence et l'inexactitude habituelles des malades de la clientèle hospitalière;

qu'on nous permette enfin de commencer par où les autres finissent d'habitude, et qu'on veuille bien lire sans plus tarder ces mêmes observations dont nous parlons, puisque nous n'avons pas à notre disposition d'autre moyen de mettre le lecteur au courant de la question.

En effet, en jetant un coup d'œil rapide sur la notice bibliographique qui suit les conclusions de cet ouvrage, on pourra se rendre compte que nous avons consulté la majeure partie des traités et des précis d'anatomie et de physiologie classiques, ainsi d'ailleurs qu'un certain nombre d'articles spéciaux où nous espérions trouver des renseignements relatifs à la question. Or, nulle part nous n'avons rencontré de faits semblables à ceux qui font l'objet des observations qu'on va lire.

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Dr W. Carpentier, de Rouen)

27 mai 1916. — Mlle Odette H..., treize ans et demi, nous est présentée par sa mère pour tumeur du sein droit. Les parents ayant confié leur fillette pendant les vacances de Pâques à l'une de ses tantes atteinte de tuberculose pulmonaire, se demandent si l'enfant ne tiendrait pas d'elle le germe de l'affection, et posent très clairement cette question : Ne serait-ce pas de la tuberculose ?

Ce qui frappe à première vue, c'est le volume apparent du sein droit, étant donné que l'organe congénère paraît encore réduit à l'aréole, tandis que la glande supposée malade fait une notable saillie en verre de montre. La différence est encore plus sensible de profil. On n'aperçoit aucun changement de coloration de la peau. La palpation symétrique et simultanée des deux seins donne des renseignements diamétralement opposés. A droite, après avoir tenté d'apprécier le volume de la glande à travers la graisse, on remarque qu'elle paraît hypertrophiée en masse, il y a un peu d'empâtement, de turgescence, sans aucune augmentation de la température locale, ni aucune douleur à la pression. Pas d'adénopathie dans le creux

axillaire correspondant. A gauche, on s'aperçoit immédiatement que la glande est imperceptible, d'autant plus que l'enfant est un peu grasse. En somme, rien d'anormal de ce côté. L'attention reste donc fixée sur le sein droit qui, gonflé et tendu, donne à la vue et au palper l'impression d'être le siège d'une affection inflammatoire.

Un interrogatoire montre que cette fillette n'a jamais été malade, qu'elle est l'aînée de trois enfants dont un est mort de méningite aiguë à sept ans, qu'elle n'est pas encore réglée, et qu'elle ne souffre en aucun façon de la tumeur découverte par sa mère à l'occasion du bain, il y a trois semaines.

La mère, questionnée à ce sujet, prétend qu'elle a un peu grossi depuis ce temps, et n'a remarqué aucun suintement sur la chemise.

Pour le reste, l'enfant est des plus normale : grande pour son âge, sans aucun signe apparent de puberté ; les dents et la bouche sont saines, les jambes bien faites ; aucun signe d'hérédo-syphilis ni de rachitisme. Les poumons, soigneusement auscultés, ne présentent aucune particularité stéthoscopique. En un mot, belle fillette en parfait état de santé.

En résumé, il s'agit d'une tuméfaction régulière en masse du sein droit, sans adénopathie correspondante, sans écoulement purulent par le mamelon, d'une complète indolence, n'ayant produit aucun changement de coloration de la peau, développée en quatre semaines environ chez une enfant de treize ans et demi, sans antécédents pathologiques héréditaires ni personnels. Il ne psut s'agir d'une mammite subaiguë de l'adolescence : l'affection est

unilatérale,il n'y a aucune rougeur,aucune douleur,aucun écoulement lacto-purulent, aucune adénopathie. Cette même absence de ganglions n'oriente pas davantage vers le diagnostic de tuberculose, si rare, de la mamelle, et la syphilis n'est pas une hypothèse plus séduisante. Sans conclure, et sans instituer de traitement, je demande à la mère de me ramener l'enfant au bout de la quinzaine.

14 juin 1916. — Nouvel examen. J'ai l'impression que la tuméfaction a un peu augmenté mais sans qu'aucun caractère nouveau ne fasse adopter un diagnostic : même tension et même empâtement diffus, même mobilité générale sur le gril costal, pas la plus petite trace d'adénopathie, pas la plus petite douleur spontanée ou provoquée. Je remarque seulement un lacis veineux bleuâtre discret, serpentant autour de l'aréole, mais cela me paraît si peu tranché que je ne suis pas loin de penser qu'il existait déjà lors de mon premier examen et qu'il a passé inaperçu. Aucune adhérence de la peau.

La mère n'a noté aucune sécrétion durant la quinzaine ; puis, elle m'avoue avec une gêne que rien n'explique, que devant mon indécision, elle a consulté un confrère qui a terminé l'entretien au plus vite en l'adressant d'urgence à un autre chirurgien. Celui-ci a fait une ponction blanche dont je ne retrouve la trace qu'à grand'peine. Devant ce résultat elle a décidé d'être fidèle à notre rendez-vous.Très inquiète elle me presse de donner mon avis et réclame un traitement énergique : on lui a parlé d'opération.

Après lui avoir exposé que l'enfant est en parfait état, qu'il ne peut s'agir de tumeur maligne, que rien ne commande actuellement une intervention chirurgicale,j'obtient

un nouveau délai de six semaines avant de me prononcer.

16 juillet 1916. — Je suis un peu surpris de revoir si tôt ma petite malade. La mère est de plus en plus inquiète, dit-elle, car la tumeur a encore grossi, mais l'affection est devenue bilatérale. Le sein gauche commence à augmenter de volume, et l'enfant accuse une sensation de tension gênante, elle prétend que le contact de sa chemise lui est très douloureux.

Je découvre, en effet, que la mamelle gauche, si peu développée lors de mon premier examen et dont elle ne s'était jamais plainte jusqu'alors, est gonflée, douloureuse ; il me suffit d'une minute pour deviner cette fois quelle erreur je faisais. Les deux seins quoique d'inégal volume au profit du côté droit étaient semblables au point de vue consistance, mobilité, turgescence, et à la douleur près, le gauche semblait une réduction de son congénère. Nul doute, j'avais pris pour une affection inflammatoire à tendance chronique, l'évolution physiologique normale de l'une des glandes ; et le retard même de l'évolution de l'autre venait un peu tard et à ma confusion me montrer mon erreur.

Je rassurai entièrement la mère, cette fois en lui expliquant ce qu'il en était et je dois avouer que j'eus du mal à lui persuader que le sein nouvellement atteint, et douloureux celui-là, n'était le siège d'aucune maladie. Elle accepta cette fois un autre rendez-vous pour le mois suivant, sans trop de déception, et consentit à ne faire aucun traitement.

21 novembre 1916. — Mlle Odette H..., a consulté aujourd'hui au sujet d'un panaris sous-unguéal et sa mère

m'a rappelé l'objet de la consultation de juin dont j'allais lui parler. Elle s'excusa de n'être pas revenue en août car les choses s'étant arrangées d'elles-mêmes, elle avait envoyé sa fille à la campagne jusqu'à la rentrée des classes. Il n'y avait eu d'autre incident à noter que l'apparition des premières règles. Je demandai de l'examiner à nouveau et je pus constater que les deux glandes étaient sensiblement égales, la droite surpassant légèrement la gauche en volume. Leur souplesse était parfaite. Elles n'étaient que légèrement turgescentes et douloureuses à cause de l'approche des règles.

## OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Dr W. Carpentier, de Rouen.)

29 janvier 1918. — L'enfant Marie-Louise V..., quatorze ans, nous est adressée par un confrère de la banlieue pour gomme du sein droit. Sa lettre spécifie que, consulté trois semaines auparavant, il a conseillé des piqûres de benzoate d'hydrargyre, et que, devant l'échec absolu de ce traitement, il a pensé que l'arséno-benzol aurait peut-être une meilleure action. Il s'en remet à notre avis et il nous donne carte blanche.

L'enfant est examinée toute nue en pleine lumière. Elle est petite, malingre et paraît onze ans. Tibias rachitiques, noués aux malléoles et surmontés de fémurs grêles et incurvés en parenthèses, abdomen proéminent, thorax évasé en bas, avec coup de hache bilatéral au niveau du neuvième cartilage. Crâne natiforme, nez retroussé

mais non effondré, voûte palatine un peu ogivale, double implantation palatine des canines, pas d'érosions spéciales des autres dents. Cela est plus que suffisant pour affirmer au moins cliniquement la superposition du rachitisme et de l'hérédo-syphilis.

Si l'on interroge la mère, on apprend en outre que cette fillette est la seule survivante de quatre enfants : le premier est un garçon né à terme, mort et macéré ; le second est une fille née à sept mois et demi, morte quelques jours après ; le troisième est un garçon né à terme et mort de convulsions à dix mois. Cette femme a été soignée par le Dr Rocher, chirurgien de l'hôpital ophtalmique départemental, il y a neuf ans. Elle se souvient entre autres choses, qu'elle avait à frictionner l'arcade sourcilière avec une pommade noire. L'œil a guéri anatomiquement avec perte complète de la vision.

Il est temps de revenir à la fillette. Vue de trois quarts on s'aperçoit immédiatement que le sein droit est le siège d'une tuméfaction importante, d'autant plus apparente que le sein gauche n'est encore marqué que par une aréole un peu saillante. La peau n'est pas particulièrement colorée et ne présente que des veines nombreuses qu'on remarque également du côté opposé. La palpation n'est pas douloureuse, sauf au niveau de l'aréole, où l'ébauche d'un mamelon semble un peu sensible.

Toute la région est un peu empâtée, on ne peut nettement isoler la glande, mais le tout ensemble est mobile sur la paroi et la peau n'est adhérente en aucun endroit. Adénopathie axillaire bilatérale banale. Les ganglions sont petits et isolés, on en rencontre tout autant et de

même forme dans les régions carotidiennes et inguinales.

Le sein gauche est à peine perceptible ; avec beaucoup d'attention, en appliquant l'aréole contre le gril costal, on parvient à isoler la glande qui est minuscule.

Aucun signe apparent de puberté ; la fillette n'est pas encore réglée.

On peut comprendre qu'à première vue, chez une hérédo-syphilitique, une pareille « infiltration » de la région du sein, peut être prise pour une gomme non ramollie, mais, instruit par un cas récent où le diagnostic de tuberculose avait été posé, nous serrons de plus près l'examen clinique, et après avoir vérifié que la température est de 37°3, nous nous bornons à l'expectative en matière thérapeutique, pensant qu'il peut s'agir d'asynchronisme dans le développement des seins.

En effet, la température étant normale, la tuméfaction indolente, l'adénopathie banale, l'hypothèse de mastite des adolescents s'élimine du coup, et comme d'autre part la gomme du sein est une maladie de l'âge adulte, et qu'elle affecte de tout autres caractères, nous rejetons ce diagnostic. La petite malade nous étant abandonnée par son médecin, il est convenu qu'on nous la ramènera dans un mois et qu'on ne fera aucun traitement local dans l'intervalle.

4 mars 1918. — La fillette nous est de nouveau présentée. L'examen clinique montre que les choses sont restées sensiblement dans le même état. Le sein droit ne paraît pas plus gros, à cela près que le mamelon, très court, est cependant bien formé. La pression est un peu douloureuse, elle ne fait sourdre aucune goutte lacto-ou séro-

purulente. La peau est normale, elle glisse mal sur la tuméfaction, mais n'y adhère pas. Il est impossible de percevoir la glande, on a l'impression que cette tuméfaction est rénitente, élastique même.

Le sein gauche est inexistant. Aréole en verre de montre sans saillie du mamelon. On ne trouve aucun progrès appréciable dans le développement de la glande. On la distingue bien en l'énucléant entre les doigts posés à plat et le gril costal, manœuvre qui paraît désagréable à la fillette.

En somme, cet examen est nul et nous convenons d'un rendez-vous fixé à deux mois plus tard.

15 mai 1918. — Depuis le dernier examen, l'enfant a été réglée une fois après d'atroces douleurs qui l'ont tenue au lit pendant trois jours entiers. Les menstrues devaient revenir le 12 avril et le 12 mai, mais n'ont pas reparu.

A l'examen on note qu'elle a un peu grandi ; quelques rares poils sur le pubis.

Le sein droit est à peu près dans le même état, un peu plus gros peut-être, mais les caractères de la tuméfaction sont identiques, à cela près qu'on croit sentir, en palpant à plat de la pulpe des doigts, la glande, qu'on n'a pu trouver les fois précédentes.

Le sein gauche pointe quelque peu, le mamelon fait une légère saillie, et la glande nettement perçue, a environ le diamètre d'une pièce de deux francs. Il y a sûrement un développement appréciable de l'organe qui paraît normal.

L'idée de gomme du sein est complètement abandonnée, car depuis deux mois et plus que nous l'observons, il est bien probable que nous aurions constaté un point de ra-

mollissement, une adhérence à la peau, un changement de coloration localisée à un point de la région.

22 juin 1918. — L'enfant est devenue une jeune fille tout à coup. Nous nous reprochons de ne l'avoir pas fait revenir plus tôt.

Elle a été réglée de nouveau, le 6 juin, pendant trois jours et demi sans douleur. Les épaules et surtout le bassin sont élargis. Le pubis est suffisamment pourvu de poils.

La poitrine est particulièrement transformée. Ce qui frappe immédiatement c'est le plus grand volume du sein droit mais les deux organes sont parfaitement formés. Il y a un léger sillon sous-mammaire bilatéral. Les deux mamelons sont à peu près égaux en longueur (environ 4 millimètres). Les deux aréoles font deux saillies symétriques.

Au palper les deux organes offrent la même consistance ; on détermine facilement les glandes et les deux plus grands diamètres sont respectivement celui d'une petite paume de main pour le côté droit, et d'une pièce de 5 francs pour le côté gauche.

Nul doute maintenant : asynchronisme dans le développement des seins. La jeune fille en entendant qu'on ne lui fera plus de piqûres d'aucune sorte se montre toute heureuse que sa tumeur « ait fondu toute seule ».

Nous nous proposons à propos de ce cas les questions suivantes :

L'organe le premier développé le fait-il physiologiquement et le second retarde-t-il sur lui ?

Au contraire, est-ce le dernier qui marque vraiment

l'heure du développement et l'autre est-il en avance sur lui ?

S'il en était ainsi quelles raisons à donner à cela ?

L'asynchronisme dans le développement n'est-il pas plus apparent que réel : en d'autres termes ne peut-on pas supposer que l'évolution des deux organes, commencée en même temps, se poursuit plus vite d'un côté que de l'autre ?

Le fait que les deux seins d'une femme sont toujours d'inégal volume, fait, consigné par tous les anatomistes d'ailleurs, ne se rapporte-t-il pas en réalité à un « décalage » dans le développement, et ne peut-il pas se relier au développement asynchrone ?

Autant de questions actuellement sans réponse.

## OBSERVATION III

(Recueillie par M. le Dr Carpentier, à la consultation de Chirurgie de l'Hospice Général rattachée au service de M. le professeur Jeanne.)

L'enfant M..., douze ans et demi, nous est présentée par sa mère pour tumeur au sein droit. Elle est petite, malingre, rachitique ; elle n'est pas encore réglée et ne présente actuellement aucun indice de puberté prochaine.

A l'examen, on note une hypertrophie de la mamelle droite, tandis que l'organe congénère revêt encore l'aspect infantile. A la palpation, on constate que la glande qu'on sent nettement, à cause de la maigreur de l'enfant, est parfaitement mobile sur le thorax et on ne remarque au-

cune adénopathie axillaire. La fillette déclare ne ressentir aucune douleur, et les phénomènes subjectifs seraient absolument nuls si elle n'accusait une sensation de pesanteur.

Nous recommandons à la mère de nous la ramener un mois après. Aucun traitement local ne sera suivi.

26 septembre 1918. — L'enfant M... s'est de nouveau présentée à la consultation, après plus de trois mois d'absence.

Le sein droit est sensiblement resté dans le même état, mais le sein gauche qui n'avait pas semblé se développer jusque-là, a acquis un volume presque égal à celui de son congénère.

En résumé les deux organes sont morphologiquement égaux. Ils ont momentanément différé pour raison d'asynchronisme dans leur évolution.

L'enfant n'est pas encore réglée. Elle reviendra le 24 octobre 1918.

Si le récit des faits qu'on vient de lire, n'a aucun point commun avec la seule affection du sein qu'on rencontre en pratique dans l'adolescence, à savoir la mammite de la puberté, notre sujet comportera nécessairement deux parties :

Dans la première, nous devrons tenter de cataloguer le phénomène observé soit dans les troubles pathologiques, soit dans les troubles anatomo-physiologiques. Dans la seconde, il nous faudra apprendre à le discerner cliniquement pour éviter de le confondre avec les autres maladies de la mamelle, possibles à cette âge, dont les symptômes de début pourraient prêter à confusion.

## PREMIÈRE PARTIE

Nous nous sommes demandé, tout d'abord, s'il ne s'agissait pas simplement de trois cas de mammite de la puberté ayant pu en imposer pour une anomalie anatomo-physiologique. C'est qu'en effet la mammite des adolescents ne revêt pas toujours, à beaucoup près, les caractères d'une inflammation aiguë. Baumgartner rapporte que l'affection peut avoir une durée de neuf, dix-huit mois, deux ans même. Vassal même note que la glande enflammée a mis cinq ou six mois à atteindre son volume maximun, et il en cite quatre cas. La mammite peut donc en dehors de sa modalité clinique habituelle affecter une évolution chronique. Par conséquent, nos doutes seraient de mise si nos observations n'étaient pas probantes à d'autres titres. Si nous nous reportons à la première observation, notre examen clinique fait complètement une première fois est répété avec soin à chaque entrevue. Bien plus, n'ayant aucune idée de la modalité de développement qui fait l'objet de ce travail, nous avons orienté avec insistance nos recherches, vers le diagnostic d'une affection pathologique ; et c'est parce que ces recherches ont été stériles, qu'à notre grande

surprise et presque malgré nous, une observation prolongée nous a conduit à la conception de cette anomalie ; n'ayant pu identifier en aucune façon les cas de nos malades à des types pathologiques déjà connus.

L'observation II est peut-être encore plus détaillée. Nous y trouvons de la manière la plus évidente le portrait d'une enfant manifestement hérédo-syphilitique, et par surcroît, des plus sûrement rachitique. C'est alors une description très documentée de la « lésion ». Le volume, la coloration, l'indolence, la mobilité y sont appréciés avec exactitude. Comme dans la précédente observation, d'ailleurs, on n'a pas négligé l'examen de l'autre glande, et dans les deux cas on a conclu à son état infantile. Le développement même de ce sein a été suivi. En résumé, ces deux observations sont indiscutables, et comme le diagnostic de mammite a été discuté et réfuté, comme le développement de la mamelle congénère a été suivi, comme l'état morphologique définitif s'est montré normal au point de vue anatomique, nous devons conclure que des faits si nettement décrits sont bien d'ordre différent de ceux d'une inflammation banale et passagère.

D'autre part, l'une des fillettes, fut présentée sans trop de raison, croyons-nous, pour une affection particulièrement rare, à savoir la tuberculose de la mamelle ; l'autre avec beaucoup plus d'à-propos arrivait avec l'étiquette presque formelle de syphilis du sein, affection peu fréquente à cet âge. Bref, dans les deux cas, deux praticiens consciencieux avaient pensé

à tout, sauf à la seule affection courante, avec laquelle le trouble supposé inconnu était capable d'être confondu. Il y a plus même, dans la première un médecin parla d'intervenir et un chirurgien éprouvé fit une ponction blanche.

En résumé, la mammite de la puberté n'a donc paru devoir être mise en cause par aucun des médecins consultés et nous ne craignons pas d'ajouter, que c'est aussi notre avis, et nous sommes bien en présence d'un fait qu'il s'agit de classer, soit dans les anomalies anatomo-physiologiques, soit dans les troubles pathologiques du sein.

### I° Les faits observés ne sont pas d'ordre pathologique.

Nous aurions pu nous contenter d'affirmer le caractère physiologique anormal du trouble considéré mais notre souci d'être complet nous oblige, pour être logique, à montrer d'abord qu'il n'appartient pas à la pathologie, avant de le classer parmi les anomalies du développement ; et cela parce qu'à première vue, il a été attribué à tort à deux affections connues dans la pathologie de la mamelle.

C'est à l'évolution que nous allons nous adresser pour tenter cette démonstration. L'étude clinique et l'observation des deux faits précités, suivies assez longtemps pour pouvoir, à partir d'un certain moment, être considérés comme parvenus à leur état définitif, ont nettement montré, en fin de compte,

qu'il ne s'agissait ni de tuberculose, ni d'actinomycose, ni de spirillose, car la pathologie chirurgicale nous apprend qu'en pratique ces trois affections aboutissent presque fatalement à l'ulcération, la suppuration, la fistulisation, et guérissent en laissant des cicatrices. Par conséquent ces trois maladies étant les seules infections chroniques que nous connaissions en ce qui concerne le sein, nous devons fatalement penser à une infection d'habitude aiguë ayant revêtu dans les deux cas qui nous occupent une forme subaiguë ou pseudo-chronique. Or, nous ne connaissons à cet âge d'autre maladie aiguë ou subaiguë que la mammite, encore même que cette mammite dessine un type clinique spécial bien connu, et qui n'est autre que la mastite de la puberté. Si maintenant nous considérons cette dernière en elle-même nous trouvons que l'un des caractères les plus frappants de son évolution est l'augmentation *progressive* qu'elle occasionne à la glande jusqu'à concurrence d'un maximum atteint tôt ou tard, augmentation qui est suivie d'une diminution *régulière*, jusqu'à la résolution complète qui peut s'effectuer très tardivement ainsi que nous l'allons voir plus tard. Rien de semblable n'a été constaté dans nos observations.

Nous irons plus loin, les faits en questions ne présentent aucun caractère des mammites, il n'y a pas tumeur, mais tuméfaction ou plutôt congestion. On a même spécifié qu'il n'y a pas davantage les trois autres éléments du diagnostic de l'inflammation : rougeur, chaleur et douleur. L'adénopathie fait défaut

dans un cas; dans l'autre elle est banale et totale. Voilà pour les signes de l'inflammation en général. En ce qui concerne le sein en particulier, certains signes de réaction glandulaire ont fait défaut dans les deux cas : pas de déformation du mamelon, pas de goutte lactescente, séreuse ou purulente, pas d'adhérence à la peau, pas de solidarisation avec le plan costo-intercostal. Donc rien des caractères d'une mastite ne se retrouve dans nos deux descriptions.

Et maintenant, sans vouloir transcrire ici une page de physiologie normale, rappelons en deux mots l'histoire clinique du développement macroscopique de la glande mammaire à la puberté, et nous verrons d'une façon saisissante, que c'est bien à l'évolution correcte d'un sein normal que l'observateur a assisté.

Quel est tout d'abord l'aspect de la mamelle infantile, avant les changements que la puberté va bientôt commencer insidieusement en elle et terminer en quelques semaines ? Avant tout constatons que la glande est à peu près impalpable pour peu que la fillette soit un peu grasse. Le sein n'est marqué en somme que par l'aréole. Cette aréole est même souvent en léger retrait sur la peau. Son centre porte l'ébauche d'un mamelon qu'on ne discerne guère dans la plupart des cas, que sous l'influence du froid ou d'un attouchement, encore que le thélotisme soit plutôt faible à cet âge. Ainsi donc aréole et mamelon sont appliqués à plat sur le thorax avec interposition théorique d'une glande pratiquement imperceptible.

Vienne alors l'influence occulte de la puberté et la

scène change : l'aréole brunit un peu, elle se bombe en verre de montre, le mamelon, d'étalé qu'il était, prend en quelques semaines sa forme définitive, au diamètre et à la longueur près. Quelques tubercules de Morgagni apparaissent et se gonflent. Entre temps, la glande se « congestionne » et, arrêtée en arrière dans son développement par le plan résistant du gril thoracique, elle ne peut que progresser en avant, et repousse la peau devant elle. Suivant la forme et le volume de la glande, un léger sillon sous-mammaire s'esquisse, un espace intermammaire s'accuse...

Est-ce à dire maintenant que ce développement soit régulièrement progressif ? Non pas, il se fait en trois ou quatre fois par « poussées » successives qui paraissent correspondre aux trois ou quatre premières menstruations, dont l'apparition est en général contemporaine de l'évolution mammaire. Et, à ce propos, si la glande augmente de volume par bonds, nous remarquerons qu'après chaque poussée, elle ne revient que très peu sur elle-même ainsi d'ailleurs qu'elle le fera toujours dans la suite à chacune des périodes menstruelles. Ajoutez à cela qu'un peu de graisse achève de donner à la mamelle sa forme et sa consistance définitives. Quelques vergetures en cas de formation rapide, et c'est tout.

Et au point de vue subjectif, de quels phénomènes ce développement s'accompagne-t-il ? Tout au plus d'une sensation de tension, de quelques démangeaisons, d'un peu de sensibilité du mamelon au contact de la chemise et le plus souvent d'un de ces mini-

mes ennuis. La fillette en quelques semaines est devenue jeune fille sans presque s'en apercevoir, et, pour peu que la poitrine n'atteigne qu'un volume ordinaire, rien ne peut lui faire soupçonner le changement qui s'est opéré en elle en si peu de temps.

N'est-ce point, somme toute, ce qui s'est passé pour nos deux fillettes, tout au moins en ce qui concerne leur sein droit, en attendant que nous abordions la discussion de l'asynchronisme dans le développement des glandes et l'étude de l'évolution du sein gauche ?

S'il faut parler de celui-ci ne répond-il pas de tout point à la description anatomique macroscopique sommaire que nous venons de faire ? Oui, sans doute, mais n'anticipons pas, sachons nous arrêter au moment où son évolution tardive va se faire à son tour et résumons.

Il résulte de ce qui précède :

1° Que les faits contenus dans nos observations I et II, ont été sérieusement enregistrés et scrupuleusement décrits.

2° Que l'évolution de la lésion n'a pas orienté le diagnostic vers l'une des maladies chroniques du sein déjà décrites en pathologie : tuberculose, syphilis, actinomycose.

3° Que cette « lésion » ne pourrait être confondue, en conséquence, qu'avec une modalité atténuée de la mastite de la puberté, ce qui ouvre la discussion.

4° Or, elle n'a pas les caractères de cette dernière affection, qui croît progressivement d'intensité jusqu'à un maximum, pour décroître jusqu'à la résolution. Au

contraire, il y a une différence capitale : puisque le développement du sein est progressif, sans *rétrocession*.

Nous croyons donc pouvoir conclure, après l'inventaire de ces raisons, qu'il ne s'agit pas d'un trouble pathologique et que les faits rapportés pour l'une des glandes cadrent exactement avec la description du phénomène physiologique du développement du sein à l'époque de la puberté.

Il nous faut montrer maintenant qu'on s'est trouvé effectivement en présence d'un retard dans l'évolution de l'autre glande, que la différence de leur volume, nette au moment d'un examen fortuit, a été la cause de deux erreurs de diagnostic, et que l'on n'aurait rien découvert d'anormal en somme, si l'état infantile du deuxième sein n'avait pas attiré l'attention. Le sein isolément est un sein normal ; si l'on pense à une affection pathologique c'est par comparaison avec l'organe congénère.

II° Les faits observés sont d'ordre physiologique

Précisément, si l'infantilisme prolongé de ce deuxième sein a été en quelque sorte la cause des deux erreurs que nous avons enregistrées, par contre il a permis à l'observateur, de par son évolution tardivement commencée et constatée, de discerner la véritable nature du phénomène.

Cette évolution a été particulièrement étudiée dans notre observation II. En effet, à trois examens différents, l'augmentation de volume du sein gauche a été notée. Une description d'ensemble de la poitrine nous

est donnée à la fin. Elle nous paraît suffisamment complète pour que nous n'osions y rien ajouter. A cela près d'une différence de volume dont on nous donne la mesure, les deux seins peuvent être considérés comme normaux.

Ainsi donc, le développement des seins chez ces deux fillettes s'est opéré normalement, mais d'une manière asynchrone. Ce fait inconnu ou en tous cas non noté dans nos classiques est-il si surprenant ? En d'autres termes, est-il isolé dans la physiologie et ne peut-on le rapprocher d'autres faits analogues ? Non certainement, car l'embryologie, l'ontologie, la philogénie, la physiologie pourraient à coup sûr nous éclairer à ce sujet.

En effet, nombre d'organes bilatéraux offrent à chaque instant des anomalies de développement et des troubles physiologiques des plus curieux.

Si nous bornons notre étude au seul cas des glandes, en laissant de côté les membres, les organes des sens et les viscères, nous ferons remarquer que l'absence congénitale d'un ovaire, d'un testicule, d'un rein, d'une capsule surrénale, d'un lobe du corps thyroïde a été maintes fois rapportée. Nous n'ignorons pas qu'un testicule ectopié reste infantile, et qu'il se développe si normalement on lui rend à temps ses rapports anatomiques habituels. Faut-il parler des inégalités anatomiques et physiologiques de ces organes comparés à l'organe congénère ? Ces faits sont légion et ce n'est pas le lieu d'insister.

Par contre, nous pensons rester dans notre sujet

en considérant à ce point de vue la glande mammaire en particulier puisque c'est d'elle qu'il s'agit.

Les anomalies anatomiques ont, en général, été mieux observées que les anomalies physiologiques, en ce sens qu'elles sont plus aisées à étudier. Testut, Rieffel, dans les traités classiques, Duplay et Reclus, Baumgartner, dans les livres de pathologie chirurgicale nous apprennent que l'amastie ou amazie est rare ; l'absence unilatérale d'une glande a été constatée : Baumgartner en cite un cas de Launois avec photographie. Williams a rencontré l'absence de l'aréole avec mamelon normal. On nous dit que l'athélie est plus fréquente, Bachelor, Hutchinson, Wylie ont signalé que la glande s'était montrée réduite à une tache pigmentée (Hubert, thèse Paris, 1906, cite huit cas d'amazie incomplète bilatérale). C'est là, croyons-nous, le fait le plus voisin de ceux que nous avons discutés. Ici, pas de grande tache glandulaire seulement, pendant toute la vie ; là, infantilisme prolongé pendant quelques semaines à dater du début de la puberté.

Un autre fait également à rapprocher de ce que nous avons proposé d'appeler asynchronisme dans le développement des seins, est l'inégalité habituelle des deux organes considérée comme normale par tous les auteurs, sauf Sappey.

En effet, les deux faits que nous donnons comme si rares, ne sont-ils pas en réalité chose courante, et la différence de volume des mamelles qui se fait d'ailleurs au profit des deux côtés indifféremment, ne

résulterait-elle pas d'une persistance plus prolongée de l'état d'infantilisme unilatéral au moment de la puberté? Il serait peut-être un peu trop théorique de penser, qu'en principe, les deux mamelles sont destinées à être rigoureusement égales, mais sans vouloir aller jusque-là, on nous accordera que cela pourrait au moins entrer en ligne de compte.

Si nous abordons maintenant les anomalies de la physiologie de la glande mammaire, nous aurons vite fait de constater que les deux organes sont loin de se comporter symétriquement ou mieux, parallèlement dans leurs fonctions.

Chacun sait qu'il existe au moment des règles une congestion des seins qui commence chez certaines femmes une quinzaine de jours avant, pour finir quelques heures après le début de l'émission sanguine; interrogez à ce sujet un grand nombre d'entre elles, et vous serez surpris de voir que les modalités de cette congestion sont les plus variées. Certaines vous diront que le phénomène est mensuel, d'autres le savent régulièrement bimensuel. Celles-ci se plaignent en même temps d'une vive douleur gagnant parfois les membres supérieurs et le dos. Celles-là ne ressentent que des picotements ou un peu de chaleur au mamelon. Les unes voient les douleurs alterner avec l'augmentation du volume une fois sur deux. Si vous exigez plus de précision, vous apprendrez que la douleur peut être plus vive à droite qu'à gauche, être même absolument unilatérale et porter exclusivement et toujours sur le même côté. On vous dira également

que l'augmentation menstruelle de volume siège plus souvent d'un côté que de l'autre, ou peut atteindre le même côté, régulièrement. J'ai rencontré une femme de trente-cinq ans n'ayant jamais eu d'enfant, ni même de fausse couche, qui, en d'autres termes, n'avait jamais eu de montée laiteuse, constatait chaque mois au moment de ses règles la présence d'une tache à sa chemise à la hauteur du sein gauche invariablement. L'organe examiné à ce moment était un peu plus gros que son congénère. Elle n'avait d'ailleurs jamais observé d'autre phénomène que celui-là à propos de ses époques et le faisait remonter à ses premières menstruations. Nous citons ce fait à cause de l'unilatéralité de la sécrétion bien entendu, les cas de lactation hétérochrone bilatérale étant beaucoup plus communs et ne nous intéressant pas ici.

Ces troubles de la lactation ne sont d'ailleurs pas les seuls. L'agalactie et la galactorrhée ont aussi préoccupé les auteurs. La première n'est autre que l'absence de sécrétion ; elle est le plus souvent bilatérale, mais on a vu des femmes dont les deux seins étaient macroscopiquement d'apparence normale et dont l'un seulement donnait du lait. La seconde, au contraire, est l'exagération de la fonction. Baumgartner en a cité plusieurs cas de Puech, Guéneau de Mussy, Beergave, Gazeaux et Horace Green où l'anomalie atteint les deux mamelles, mais il en rapporte un de Gibbons publié en 1887 où, après l'arrêt de la sécrétion lactée dans l'une des deux glandes, on la vit continuer dans l'autre pendant onze mois.

Ainsi donc, la physiologie vient de nous offrir de nombreux exemples de l'inégale valeur fonctionnelle des deux mamelles, comme tout à l'heure l'anatomie nous a montré leur différence de développement.

Il n'est pas jusqu'à l'involution, c'est-à-dire l'atrophie sénile de l'organe qui ne nous retienne un instant. Il suffit d'avoir passé une année d'internat dans un service de vieillards pour avoir remarqué que l'un des seins est toujours plus pendant, plus flasque, plus ridé que l'autre. La sénilité atteint peut-être inégalement les deux organes et l'un plus tôt que l'autre. Rien n'interdit de supposer en attendant la preuve, que la régression peut se montrer asynchrone comme le développement.

## ÉTIOLOGIE. — FRÉQUENCE

Quelle est la cause de ces troubles anatomo-physiologiques ? C'est là certes une question que nous nous sommes posée, mais à laquelle il est particulièrement difficile de répondre. Nous avons cru établir qu'il s'agissait d'un retard de développement qu'on peut dans une certaine mesure rattacher aux malformations diverses dont le sein peut être l'objet. S'il en est ainsi, sommes-nous autorisé à invoquer comme on le fait presque toujours lorsqu'il s'agit d'anomalies du même ordre l'existence d'une syphilis pouvant remonter à plusieurs générations ?

S'il en est ainsi, la relation de notre deuxième observation serait plus que suffisamment probante puisque l'enfant est hérédo-syphilitique directe. Mais cette observation ne saurait être aussi heureusement démonstrative quand on lui a comparé notre observation I, où il est question d'une enfant parfaitement constituée et chez laquelle on ne retrouve aucune trace de spécificité. Il faut regretter en passant, que les quelques lignes qui lui font suite sous le titre d'observation III, ne relatent aucune indication d'antécédents héréditaires. La question restera donc sans réponse.

Etant donné le nombre considérable d'enfants qui passent chaque année dans le service de chirurgie de l'Hospice Général de Rouen, section filles, on pourrait croire qu'il a été des plus aisé d'en examiner suffisamment, pour se faire une idée de la fréquence probable de ce trouble de l'évolution mammaire. Il n'en est rien, car sur 324 entrées, on n'a compté dans toute la période comprise du 19 avril 1917 au 23 octobre 1918, que 156 fillettes de douze à quinze ans, et parmi elles aucun cas d'asynchronisme dans le développement des seins n'a été observé.

Mais faut-il tirer de cette conclusion que ce trouble anatomo-physiologique constitue une rareté? Nous ne le croyons pas. S'il est exceptionnel de le rencontrer d'une manière aussi heureusement évidente, que dans les relations qui sont le point de départ de ce travail, nous pensons qu'au contraire, il doit être assez fréquent à un degré beaucoup moindre, c'est-à-dire, à un degré tel, que la différence de volume entre les deux glandes soit moins marquée. Nous pouvons admettre que nous avons été favorisé de deux observations idéales offrant à l'étude deux cas types. Qu'est-il, en effet, de plus tranché que de trouver l'un des organes presque entièrement développé alors que l'autre en est encore au stade infantile. Mais, entre ce contraste presque théorique, révélant l'asynchronisme à son maximum et cet unisson habituel qu'est le synchronisme physiologique, il est permis de penser que tous les intermédiaires sont possibles.

Pourquoi alors de semblables faits ont-ils pu échapper jusqu'à présent ? Mais pour cela même qu'il fallait qu'un cas à peu près évident *a priori* s'offrît à la discussion et prêtât à l'erreur, pour que les cas effacés fussent soupçonnés. Nous avons vu que le sein se développe par bonds au moment de la puberté et que sa croissance s'effectue presque toujours sans incidents en quelques semaines ; ajoutez à l'insouciance de cet âge où on s'observe peu et où la fillette est enclin à un sentiment souvent exagéré de la pudeur ; pensez qu'en outre les maladies du sein à la croissance conduisent rarement les enfants chez le médecin, et vous expliquerez que l'asynchronisme de développement des seins n'ait pas été plus tôt mis en lumière.

# DEUXIÈME PARTIE

Il résulte de la discussion qui a fait l'objet de la première partie de cet ouvrage, que l'asynchronisme dans le développement des seins constitue pour nous une anomalie physiologique nettement définie.

Il nous reste maintenant à étudier cliniquement son évolution pour la reconnaître en elle-même d'abord, et pour la distinguer ensuite des affections de la mamelle qui pourraient présenter des caractères analogues. C'est en somme le côté pratique de la question, puisqu'il s'agit d'éviter de confondre ce phénomène, avec une maladie possible de l'organe à sa période de début.

## DIAGNOSTIC POSITIF

L'asynchronisme dans le développement des seins est, nous l'avons vu, un fait particulièrement rare à l'état pur. Nous avons exposé plus haut que nous n'en avions pas rencontré dans la littérature médicale. Il est donc inutile d'y revenir. Cependant nous sommes portés à croire que, s'il s'accompagnait d'un syndrome douloureux, si le développement de la mamelle ne se faisait pas d'habitude aussi rapidement et avec aussi peu d'incidents, si les enfants étaient capables de s'observer, si les médecins pouvaient examiner à ce sujet un grand nombre de fillettes, on en découvrirait sans nul doute un plus grand nombre de cas.

Histoire clinique. — Une fillette de douze à quinze ans sera présentée à la consultation pour gonflement ou pour tumeur du sein, voire même pour mammite de la puberté. Cette enfant sera impubère, mais en pleine période de développement. Notons ici que l'une de nos deux observations a été prise dans la classe aisée, l'autre dans la classe ouvrière. La première décrit une enfant sans tare physique et pleine de santé ; la seconde, au contraire, une hérédo-syphilitique, et d'aspect malingre. Nous ignorons

donc si l'hérédité doit entrer en ligne de compte, puisque l'interrogatoire des deux mères n'a pas porté sur cette question.

Examen clinique. — On devra naturellement procéder à cette examen comme il faut toujours le faire en présence des affections de la mamelle : torse nu, éclairage suffisant. L'exploration portera sur la glande, les ganglions axillaires, les côtes et les espaces intercostaux. Il est bon de se placer dans une pièce telle que le jour vienne d'en haut, afin que les ombres portées par les seins sur le thorax puissent par leur différence de hauteur, s'il y a lieu, mettre sur la voie d'une différence de volume.

Inspection. — Elle se fera de face et surtout de trois quarts à droite et à gauche. De face, elle donnera peu de renseignements, à moins toutefois que l'une des glandes soit absente ou plus exactement n'ait pas encore commencé son développement ; même dans ce cas on peut prévoir que les deux aréoles sont égales, mais on peut observer que le mamelon sera plus saillant d'un côté que de l'autre. De trois-quarts, elle sera beaucoup plus intéressante. D'un côté elle montrera un sein presque complètement formé, de l'autre elle ne révèlera aucune saillie. Cependant à une période assez avancée, lorsque la glande retardataire se montrera, on notera simplement une différence dans les volumes, une asymétrie dans les courbes de profil.

Un fait est à remarquer, c'est qu'il n'y a aucun changement de coloration de la peau.

En outre, l'inspection permet de s'assurer qu'il n'y a sur l'aréole, aucune trace de sécrétion lactée, ou de concrétion de sérosité. Rien n'empêchera d'ailleurs de rechercher sur le linge, où naturellement on ne devra rien rencontrer d'anormal.

Palpation. — Elle est des plus importante. Elle montre un peu de chaleur locale et surtout elle confirme l'augmentation générale de volume de l'une des deux glandes, déjà appréciées à la vue. Il sera commode de pratiquer le palper simultané et symétrique des deux organes, surtout si l'on soupçonne un commencement de développement du côté non atteint. Il faudra tout d'abord appliquer la pulpe des doigts des deux mains à plat, en couvrant la zone aréolaire, puis presser la glande contre le plastron sterno-costal ainsi que cela est recommandé par tous les auteurs. Alors on aura l'impression que la mamelle d'un côté offre une consistance élastique, voir même rénitente, qui traduit la turgescence de l'organe.

Si la fillette est quelque peu grasse, il sera difficile de trouver la glande au milieu du panicule adipeux, si elle est maigre, au contraire, on pourra l'énucléer entre les doigts et le gril costal. C'est ainsi qu'on pourra suivre l'évolution retardée de la glande congénère. Il nous faut signaler également qu'on peut apprécier l'élasticité de l'organe, en le ramassant du plus loin qu'on peut entre le pouce et les autres doigts, comme pour le pincer et le détacher de la paroi thoracique.

En résumé, la palpation montrera tout compte fait

qu'on est en présence d'un organe normal, simplement un peu gonflé, si l'on serre de près les résultats de l'examen et si l'on ne s'en laisse pas imposer par la différence de volume des deux seins. Ce qui revient à dire que, si l'on examinait le plus gros sans voir que l'autre est pratiquement inexistant, on n'aurait pas de chance de se tromper grossièrement : un sein gros et congestionné au moment des règles peut donner normalement une impression identique.

Il ne saurait être question d'adhérence de la peau à la glande, ou de solidarisation avec le plan profond. En conséquence nous n'avons pas besoin de rechercher ces signes.

La palpation ne doit pas s'arrêter là. Elle doit s'étendre aux ganglions axillaires, et là encore, elle sera symétrique et simultanée. Nous rappelons comment on doit la faire : La pulpe des doigts sera coiffée de la peau de la face inférieure du creux axillaire, et s'enfoncera loin dans la région jusque sous les pectoraux en avant d'abord, puis sous le grand dorsal en arrière ; pour plus de facilité on relâchera tous ces muscles en invitant le sujet à poser sans force ses deux mains sur les épaules de l'opérateur. En principe dans le cas d'asynchronisme dans le développement du sein, la palpation doit être négative. Puisqu'il ne s'agit, ni d'une maladie inflammatoire, ni d'une tumeur, cela ne surprendra pas. Cependant, il n'est pas rare de trouver les ganglions axillaires hypertrophiés chez les enfants, mais cette adénopathie n'a aucune signification locale ; elle coïncide

presque toujours avec une fluxion ganglionnaire généralisée, et l'on en trouve de même nature, dans le cou, dans les aines et même dans l'abdomen. L'important est surtout de faire la différence entre les deux côtés. Si l'on constatait la puissance de ganglions axillaires hypertrophiés du côté supposé atteint, nous estimons qu'il faudrait se montrer prudent, car on pourrait confondre avec une mastite de la puberté qui donne quelquefois une réaction appréciable du côté des lymphatiques.

En résumé les seuls renseignements fournis par l'interrogation, l'inspection et la palpation feront faire le diagnostic positif. Une fillette de douze à quinze ans se présente avec un sein plus gros que l'autre, ou même en apparence avec un seul sein développé. Il n'y a aucun changement de coloration à la peau, aucune sécrétion sur la chemise, aucune concrétion douteuse sur l'aréole. On note seulement une certaine érection de l'organe qui est élastique, rénitent et d'égale consistance en tous ses points, mobile sur les plans sous-jacents, n'adhérant pas à la peau et n'ayant pas donné de réaction ganglionnaire correspondante.

Si l'on a soin de joindre à ces données, celles qui résulteront de plusieurs examens espacés de quinze en quinze jours, en un mot, si l'on ne se hâte pas de conclure trop vite à un diagnostic de mastite de la puberté, on attribuera à ce syndrome clinique sa véritable origine : l'asynchronisme dans le développement des seins.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Malgré que le diagnostic positif semble facile, s'il faut s'en rapporter à ce qui précède, nous n'hésitons pas à entreprendre de différencier ce trouble physiologique des affections du sein qu'on est susceptible de rencontrer à la puberté. Rappelons, en effet, que les deux cas que nous avons relatés ont été pris, à un examen sommaire, l'un pour une tuberculose au début, l'autre pour une gomme spirillaire et même, nous confessons à ce propos que nous nous sommes demandé, avant d'écrire ces lignes, si ces deux faits ne devaient pas être classés parmi les mammites de la puberté. Mais, après réflexion nous sommes revenu à l'avis de l'observateur, pour les raisons qui vont suivre bientôt, à propos de cette dernière affection.

Avec quelles maladies avons-nous donc chance de confondre l'asynchronisme dans le développement des seins ? Les maladies de la glande sont rares à cet âge. On peut les ranger sous deux chefs : maladies aiguës, maladies chroniques.

Le premier chef n'en comporte qu'une : la mammite ou la mastite de la puberté. Le second en comporte trois : La tuberculose, les mycoses, la syphilis.

De plus, certaines affections de voisinage sont

capables de créer un état local unilatéral, tel que le sein, propulsé en avant semble plus développé du côté atteint : nous voulons parler des ostéites costales qui d'ailleurs ne nous retiendront pas longtemps.

Enfin, une anomalie de développement à savoir l'amazie unilatérale incomplète, doit être étudiée un instant, pour la raison qu'elle peut être également, ainsi qu'on le verra, la cause d'une erreur de diagnostic.

## A. — Affection aiguë

### *Mastite de la puberté*

S'il fallait en croire Vassal, la mastite des adolescents ne se rencontrant que chez les garçons, le débat serait vite tranché, puisque l'asynchronisme dans le développement des seins ne saurait atteindre que les filles. Or, tout en concédant que c'est une affection relativement rare, Baumgartner prétend qu'elle s'observe aussi bien chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons. Nous ne saurions mieux faire que de citer, ici, intégralement cet auteur.

« La mammite de la puberté débute généralement vers quatorze ou quinze ans, parfois entre seize et dix-huit ans.

« Ordinairement *unilatérale*, l'inflammation porte parfois sur les deux seins, soit simultanément, soit

successivement. D'après Vassal, les malades se plaignent tout d'abord de picotements douloureux, puis d'un prurit agaçant aux environs de la mamelle. Parfois c'est une douleur plus vive, sourde, persistante, accrue encore par le contact des vêtements, le contact d'une chemise empesée, par exemple. Vient-on à explorer la région mammaire, on constate qu'elle est augmentée de volume. Le mamelon est plus saillant, l'aréole est rouge et chaude, la glande est dure, bosselée, mobile et sans adhérence avec les parties voisines ; elle atteint souvent les dimensions d'une noix, d'une mandarine ou d'une petite orange. La pression est douloureuse, surtout à la base du mamelon, qui pendant les manœuvres d'exploration laisse souvent sourdre une gouttelette limpide, légèrement opaline, ou même quelquefois épaisse. On ne perçoit pas, en général, de tuméfaction des ganglions axillaires. Les phénomènes généraux sont à peu près nuls ; à peine note-t-on une légère irritation nerveuse. Le plus souvent la résolution se fait d'elle-même au bout d'un seul septénaire. L'évolution au contraire, peut être de longue durée. Vassal rapporte quatre observations dans lesquelles la glande a mis cinq ou six mois pour atteindre son volume maximum. Parfois la marche, au lieu d'être continue subit des intermittences. Il n'est pas jusqu'aux phénomènes douloureux qui ne mettent longtemps à disparaître : on a noté des durées de neuf mois, deux ans, même.

« En dehors de la résolution spontanée qui est la règle habituelle, il est des cas où, après la disparition

des douleurs, la glande reste longtemps volumineuse, et l'induration persiste. »

Rien de tout cela dans l'asynchronisme du développement des seins.

Tout d'abord, il est à ce point indolent qu'il serait à peu près passé inaperçu de nos malades, sans l'augmentation de volume de l'organe. Ni picotement, ni prurit, ni douleur. La glande est noyée dans la graisse et si le tout est parfaitement mobile sur les plans sous-jacents comme dans la mastite, du moins elle n'est ni dure, ni bosselée. Les manœuvres de palpation du mamelon ne font sourdre aucune goutte opaline ou épaisse. L'examen des ganglions axillaires ne prête à aucun signe différentiel, pas plus que l'état des phénomènes généraux.

Mais en ce qui concerne l'évolution, la différence est des plus nette. Qu'on se reporte à nos observations, et l'on trouvera que le sein augmente toujours, sans diminuer jamais ; dans la mastite, il y a une résolution et cette résolution est même très courte le plus souvent. Or, un sein qui se développe normalement n'est pas enflammé et ne saurait être par suite, à aucun moment, le siège d'une résolution.

Si la mastite évolue vers la suppuration, il est évident qu'on ne la prendra pas pour un développement anormal de la glande, car les phénomènes généraux et locaux interdisent toute erreur.

On ne peut donc trouver aucune ressemblance entre la mastite de la puberté et un sein normal. Il faut bien se rappeler que c'est le retard dans l'évolution de

l'organe congénère qui fait toute l'erreur. *On a plus de tendance à s'occuper de l'organe volumineux que de l'autre pour la raison que l'on s'apprête toujours, en ce qui concerne le sein, à rechercher une tumeur ou un abcès, ce qui suppose toujours une augmentation de volume, et l'on néglige de constater l'insuffisance ou l'absence de développement de l'une des glandes. Ce que l'on présente à l'examen médical, c'est le sein normal.*

L'erreur inverse qui consiste à conclure à l'asynhronisme dans le développement des seins en présence d'une mastite, a infiniment moins de chances de se produire car les phénomènes douloureux, l'évolution rapide font immédiatement penser à une inflammation.

## B. — Affections chroniques

### a) *Tuberculose de la mamelle*

Dans une de ses statistiques P. Delbet signale 4 cas de tuberculose du sein de quinze à vingt ans, et Auspach en signale un autre chez une petite fille de quatorze ans. La tuberculose du sein pouvant donc se rencontrer à l'âge de la puberté, il n'est pas superflu d'essayer de la différencier, au début tout au moins, de l'asynchronisme dans le développement des seins. D'autre part cette différenciation est encore justifiée par l'unilatéralité de la tuberculose qui, ainsi que le précise P. Delbet, atteint seize fois la mamelle

droite contre dix fois la mamelle gauche, tandis qu'Albertin, d'autre part, signale l'envahissement *successif* des deux glandes.

Le début de la tuberculose du sein est à ce point insidieux qu'il passe presque toujours inaperçu, sauf les cas où il est marqué par une lésion cutanée de même nature. Il est à noter que l'aspect clinique, même à cette époque, est différent suivant qu'on a affaire à la forme confluente ou à la forme disséminée. La première est un véritable abcès froid qui revêt la physionomie spéciale à cette suppuration particulière ; elle donne, en outre, en un point de la glande une tuméfaction ou même fait une véritable tumeur en plein parenchyme. On n'a donc pas de chance de la confondre avec le cas particulier qui nous occupe. Toute différente est la seconde forme où l'apparition de tubercules disséminés en de nombreux points de la mamelle est susceptible de causer une légère augmentation de volume en masse de tout l'organe. Comment alors différencier les deux phénomènes ? La palpation minutieuse seule le permet. Elle montre une glande farcie de petits nodules qui peuvent avoir la dimension d'un grain de millet, fermes de consistance et qui rappellent en cela ceux de la maladie kystique de Réclus. Cette palpation ne présente pas de difficulté spéciale surtout si on se conforme aux indications déjà données plus haut.

La tuberculose mammaire produit l'engorgement des ganglions axillaires correspondants, tandis que l'évolution physiologique du sein normal n'entraîne

naturellement aucune réaction de ce côté. Cette adénopathie existe dans les trois quarts des cas, elle est très volumineuse et atteint un ou plusieurs ganglions de l'espace sous-pectoral et de l'aisselle. P. Delbet a attiré l'attention sur ce fait que les ganglions consécutifs à la tuberculose mammaire grossissaient plus vite que dans le cas d'adénite primitive de nature tuberculeuse, et qu'ils suppurent avant la tumeur ganglionnaire, les ganglions atteints les derniers se fistulisant les premiers.

On devra donc s'assurer qu'il n'existe pas de fistule tuberculeuse axillaire ou d'adénopathie, avant de penser à un trouble fonctionnel relatif au développement.

Si on a encore un doute, particulièrement dans les cas où un peu d'empâtement masquerait les nodosités si utiles à reconnaître, on devra se rappeler que la tuberculose du sein est d'une évolution particulièrement lente et que, en conséquence, en pratiquant les premiers examens rapprochés, on ne trouvera pas dans la comparaison de leurs résultats, de différence sensible, tandis que nous savons que l'évolution mammaire s'opère en quelques mois seulement, peut-être même quelques semaines, pour ce qui est de l'état macroscopique.

D'ailleurs, qu'importe-t-il dans la pratique si l'on hésite à choisir entre les deux alternatives, tuberculose ou asynchronisme dans le développement ? Il n'est pas urgent, dans l'un comme dans l'autre cas, de faire immédiatement un diagnostic précis, et, comme

on sait d'avance que dans l'un des deux cas, la nature tranchera sous peu la question, il faut savoir attendre avec patience, d'autant plus que la thérapeutique est nulle quelle que soit la conclusion, le traitement de la tuberculose du sein étant surtout d'ordre général au début, et non local.

b) *Syphilis de la mamelle*

A la puberté, il ne peut, en pratique, s'agir que de syphilis héréditaire, ou de syphilis acquise du fait de l'allaitement par une nourrice infectée. Par conséquent, nous ne pouvons guère rencontrer à cet âge que le tertiarisme spécifique sous ses deux formes, c'est-à-dire, la gomme du sein et la mammite diffuse. Or, comme cette dernière forme est une rareté, niée même par certains auteurs qui la définissent une mammite chez un hérédo-syphilitique (puisqu'il s'agit surtout d'homme), nous n'aurons pas à la différencier du processus physiologique anormal qui nous occupe, et seule, la gomme syphilitique nous retiendra un instant.

Si nous considérons maintenant celle-ci, nous devons avant tout noter qu'elle n'a jamais été signalée chez les adolescents. Toutes les observations rapportées concernant des adultes, et en particulier des femmes ayant le plus souvent allaité plusieurs fois (thèse de Claude). Mais, malgré la rareté relative (Braquehaye en rapporte 40 cas en 1896), les classiques

insistent sur l'impression qu'ils ont que beaucoup de cas passent inaperçus.

Pourquoi n'admettrait-on pas que la syphilis, acquise *ab-ovo* ou dans le premier âge et devenue tertiaire vers l'âge de la puberté, pourrait produire, dans la glande mammaire une gomme caractéristique, comme elle le fait dans le tibia, par exemple, ainsi que cela s'observe souvent? Cela n'est pas impossible *a priori*, et s'il en est ainsi, il se peut qu'un sein augmenté de volume par un tubercule syphilitique puisse alors être pris pour une anomalie de développement et réciproquement. Nous devons donc, pour être complet, tenter de faire une distinction qui prévienne l'erreur.

Là, encore, comme pour la tuberculose, il ne peut être question que de la période de début. Bien entendu, si la gomme est fistulisée, ou si seulement elle est assez volumineuse pour être isolée à la manière d'une tumeur bien circonscrite, nous la confondrons peut-être avec la tuberculose dans le premier cas, ou avec un adéno-fibrome dans le second, mais sûrement pas avec un fait d'asynchronisme dans le développement du sein. Ainsi donc nous devons connaître les signes de la syphilis tertiaire au début, et comme la gomme spirillaire ne présente rien de spécial du fait de son siège intra-mammaire, nous n'aurions qu'à nous reporter à sa description générale, s'il n'existait pas de bonnes observations, concernant le cas du sein en particulier, qui ont permis aux auteurs classiques de définir son allure clinique.

Avec eux, nous dirons que le début est « éminemment insidieux ». C'est par hasard que les malades découvrent un empâtement ou un gonflement de la glande. Il est discoïde et mal délimité ; on ne constate aucun changement de coloration des téguments, ni de déformation du sein en général. La peau est parfaitement mobile sur la tuméfaction, et la mamelle est elle-même libre de toute adhérence à l'aponévrose du grand pectoral. Nous relatons avec soin l'indolence absolue : aucune douleur spontanée, aucune douleur provoquée. Les ganglions axillaires correspondants ne sont généralement pas hypertrophiés.

Si l'évolution s'arrêtait là, et si par surcroît, on l'observait chez une fillette dont l'un des seins est peu ou pas développé, ne pourrait-on pas confondre cette gomme naissante avec le développement normal de l'autre glande ? Réciproquement, l'erreur de diagnostic consacrée par notre deuxième observation n'est-elle pas excusable ? Oui, sans nul doute.

Mais les choses n'en restent pas là, dit la clinique : c'est une tumeur dans la glande et non de la glande. D'ailleurs l'empâtement se condense en tumeur, la peau adhère, rougit, s'ulcère, se fistulise ; le cratère à bords décollés, taillés à pic ou à l'emporte-pièce montre bientôt le bourbillon grisâtre, la plaie s'infecte, les ganglions réagissent... la scène a changé du tout au tout : honte à qui méconnaîtrait alors la nature de l'affection.

Faut-il le réduire encore ? Comme pour la tuberculose et comme ce le fut avant pour la mastite de la

puberté, c'est encore l'évolution qui permet de faire le diagnostic. Mais, dira-t-on, faut-il attendre longtemps ? N'y a-t-il pas danger à méconnaître la syphilis en s'attardant à discuter la possibilité d'un trouble de développement rarissime ? Non pas, car la gomme met des mois avant de faire parler d'elle, tandis qu'on verra se développer le sein « retardataire » dans l'espace de quelques semaines, et l'on aura fait ce diagnostic bien avant qu'il soit question de discuter l'opportunité d'un traitement antisyphilitique.

### c) *Actinomycose de la mamelle*

Ce chapitre ne nous retiendra pas longtemps. Disons même en toute sincérité que nous l'abordons pour la seule raison que nous voulons être complet.

Si l'actinomycose est fréquente chez les bovidés, elle est au contraire assez rare chez l'homme même si l'on tient compte des cas qui ont été pris pour de la tuberculose.

D'autre part, en ce qui concerne l'espèce humaine et le sein de la femme en particulier, le mode d'infection est le plus souvent une inoculation directe. Mais on sait aussi qu'il existe une actinomycose secondaire de la mamelle pouvant être considérée comme une métastase partie d'un foyer primitif pulmonaire, maxillaire, mastoïdien. Nous attachons plus d'importance à la connaissance de ce dernier foyer primitif, car les mastoïdites sont fréquentes chez les enfants, et puisque nous avons à faire le diagnostic de

mycose mammaire pendant l'adolescence, il sera bon de se renseigner à ce sujet, en présence d'une tuméfaction anormale d'un sein, à différencier d'un cas d'asynchronisme dans le développement des mamelles.

Quelle est donc l'évolution clinique de l'actinomycose de la mamelle ? Au début, tumeur oblongue, dure, absolument indolente « faisant corps avec la glande ». Pas d'adhérence à la peau, ni au grand pectoral ; pas d'adénopathie axillaire correspondante ; rien de plus semblable à la tuberculose, à la mammite, à la syphilis, et au développement anormal des seins. Par conséquent, diagnostic des plus difficile, et d'autant plus qu'on ne pensera pas à l'actinomycose rare d'elle-même et non signalée chez la fillette.

Mais, comme la tuberculose, et plus vite qu'elle, l'actinomycose gagne la peau, l'ulcère et l'issue des grains jaunes fera faire le diagnostic ; et aucune erreur n'est possible. Ainsi donc, faudra-t-il encore que la fistulisation nous montre qu'il y a maladie et non pas trouble physiologique ? Oui, sans doute. Cependant, si on trouvait un foyer mycosique mastoïdien en activité, ou même une mastoïdite guérie chez une fillette porteuse d'une tuméfaction du sein, on y penserait certainement et ce serait le moyen d'essayer le séro-diagnostic à l'actinomycose dont Widal a rapporté 3 cas avec réaction positive, à l'Académie de médecine, en mai 1911.

### C. — Affections de voisinage

Le sein reposant sur la paroi thoracique, il est normal de penser que certaines affections de celle-ci pourront indirectement, par contiguïté, intéresser secondairement la glande à divers degrés. Les côtes, les muscles intercostaux, les ganglions intrathoraciques, le tissu sous-pleural, la plèvre, les vertèbres dont la suppuration peut donner des collections qui viendront pointer en avant après avoir suivi l'espace intercostal sont autant d'organes dont la pathologie peut fournir nombre de causes d'erreur. Mais nous allons voir qu'il n'en est rien, et qu'elles ont beaucoup moins d'importance qu'on pourrait croire.

Les affections de la paroi thoracique sont, au point de vue de leur évolution, ou aiguës, ou chroniques.

Les affections aiguës, aboutissant toutes ou presque, à des phlegmons ou abcès chauds qui ont des caractères trop particuliers pour être confondus avec le trouble physiologique qui nous occupe.

Des affections chroniques, nous retiendrons que l'ostéomyélite atténuée et l'ostéopériostite costale pourront, si elles sont développées en arrière de la mamelle, produire une propulsion de l'organe en avant ou simplement une infiltration peu douloureuse qui pourrait tromper. Notons qu'il sera bien rare que le sein ne soit pas, plus ou moins, immobilisé, et dans ces conditions, ne se trouve dans un état tout différent du sein normal.

D autre part, les ganglions axillaires manqueront rarement d'être infectés, et seront par suite perceptibles à la palpation.

Même raisonnement en ce qui concerne la syphilis costale. Or, celle-ci est très rare et s'accompagne toujours d'autres foyers spécifiques, ne se montre guère que chez les adultes, et au point de vue de la palpation elle montre une côte augmentée de volume, réduisant la largeur d'un ou de deux espaces intercostaux qu'on peut toujours explorer au travers de la glande. La radiographie, en cas de doute, peut rendre des services signalés.

Il nous reste, enfin, les abcès ossifluents qui, partis quelquefois de fort loin, seraient venus se faire jour dans l'espace celluleux signalé par Chassaignac. Dans ces cas, la fluctuation sera perceptible, à moins qu'il ne s'agisse d'un abcès en bouton de chemise. Or, il faut bien songer qu'avant d'en arriver là, ils auront donné d'autres signes cliniques qui auront conduit les petits malades chez le médecin (Hardouin et Marquis, *Revue de Chirurgie*, 1908).

## D. — Anomalie mammaire

### *Amazie unilatérale incomplète.*

Une seule des malformations de la mamelle peut, à l'âge de la puberté, prêter à confusion avec l'asynchronisme dans le développement du sein : c'est l'amazie unilatérale incomplète, c'est-à-dire avec

intégrité du mamelon et de l'aréole. On sait, en effet, que Hubert (Thèse Paris, 1906) a relevé huit observations concernant des cas de ce genre. Une seule glande se développe, l'autre reste infantile ou même embryonnaire. Le diagnostic ne peut guère se faire que lorsque la poitrine s'est complètement formée, mais jusque-là, il est impossible de distinguer l'absence définitive de développement, du développement retardé de l'une des glandes. Il est d'ailleurs à peu près certain que cette question ne se posera que rarement, pour la raison que cette dernière anomalie tend vers la normale au bout de quelques mois, alors que la première persiste toute la vie.

## CONCLUSIONS

I. — Notre travail a pour but d'établir l'existence d'une particularité non décrite du développement des mamelles qui consiste en une discordance dans l'évolution anatomique habituellement simultanée des deux organes au moment de la puberté.

II. — Nous proposons d'appeler cette anomalie : « Asynchronisme dans le développement des seins ».

III. — L'asynchronisme est caractérisée, à un instant donné, par une différence de volume entre un sein qui tend à acquérir l'état adulte, et l'autre qui reste momentanément et transitoirement infantile.

Le premier sein vu isolément offre une tuméfaction élastique, égale, régulière, en masse, et indolente ; c'est le sein normal d'une femme et l'hésitation n'est possible que parce que l'autre est encore celui d'une fillette. Ce n'est pas, parce qu'il est malade, que le sein est présenté au médecin, c'est parce que l'autre qu'on ne présente pas, est encore aplasique.

L'évolution de la glande « arriérée » paraît commencer quelques semaines après celle de l'organe congénère, et, dès lors, le diagnostic n'offre plus la moindre difficulté.

IV. — La cause de ce retard dans le développement

de l'un des seins nous est quant à présent, inconnue.

L'asynchronisme dans le développement des seins est extrêmement rare à l'état absolu, mais il est à supposer que l'observation montrera qu'il est plus fréquent en réalité.

V. — L'inégalité de volume des mamelles est un fait voisin de ce phénomène, qui peut n'en être qu'un cas particulier.

VI. — On pourra confondre l'asynchronisme de développement des mamelles avec :

*a*) Anomalie : une seule, l'amazie unilatérale incomplète, dans laquelle un des seins reste indéfiniment infantile.

*b*) Un certain nombre d'affections de la mamelle dont la plus importante est la mastite de la puberté, qui a pour caractère principal de donner une tuméfaction douloureuse et irrégulière, et, fait capital, de retrocéder.

Pour mémoire, bien que chez deux de nos malades elles aient prêté à confusion, signalons la tuberculose et la syphilis à lésions circonscrites. Mais, outre que ces maladies donnent un noyau plus ou moins volumineux dans la glande, sans s'étendre à la totalité de l'organe, l'évolution qui amène le ramollissement dissipe bientôt l'incertitude.

A la rigueur, les manifestations diffuses de la tuberculose et de l'actinomycose prêteraient davantage à l'erreur. Mais, là encore l'évolution tranche la difficulté, un peu théorique d'ailleurs, vu l'extrême rareté de l'affection.

Est-il besoin de dire qu'un examen convenable éliminera quasi de prime abord les autres affections du sein ou de la région mammaire ?

VII. — En définitive, l'asynchronisme dans le développement des seins mérite d'être signalé. Tout d'abord, il est une particularité du développement des seins, qui doit trouver place dans leur description anatomique.

Mais il intéresse davantage encore le clinicien, puisque l'ignorance de cette anomalie peut conduire à des erreurs de diagnostic.

Vu : le Président de la thèse
A. BROCA

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

# BIBLIOGRAPHIE


1. *Auspach* — American Journal f. med. sciences. Philadelphie, 1904, p. 98.
2. *Arthus (M.)*. — Précis de Physiologie (Masson).
3. *Beaunis et Beauchard*. — Traité d'Anatomie.
4. *Chevassu*. — In Pratique médico-chirurgicale, t. VII, p. 819
5. *Comby*. — Traité des maladies de l'enfance (1907).
6. *Creighton*. — Contribution to the physiology and pathology of the breast, 1878.
7. *Duplay et Reclus*. — Traité de Chirurgie
8. *Forgue*. — Précis de Pathologie externe, t. II, p. 339.
9. *Hédon*. — Précis de Physiologie (collection Testut)
10. *Hubert*. — Thèse Paris, 1907.
11. *Lecène*. — In Pratique médico-chirurgicale, t. V, p. 295.
12. *Le Dentu et Delbet, Baumgartner*. — Maladies de la mamelle.
13. *Longet*. — Traité de Physiologie.
14. *Le Dentu et Delbet, Souligoux*. — Affections chirurgicales de la poitrine.
15. *Mathias Duval et Gley*. — Traité de Physiologie.
16. *Rieffel in Poirier*. — Traité d'Anatomie, t. V, fasc. I, p. 694.
17. *Testut*. — Traité d'Anatomie, 1905, t. IV, p. 803.
18. *Testut et Jacob*. — Anatomie topographique, t. II, p. 766.
19. *Tillaux*. — Traité d'Anatomie.
20. *Tourneux*. — Précis d'Embryologie (collection Testut).
21. *Vassal*. — De la mammite des adolescents. Thèse Paris, 1893.


Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 3906-18

276

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE